

男鹿市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

男鹿市長 様

男鹿市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。  
また、助成の適性を判断するために必要な場合は、男鹿市以外の自治体に対する本申請（助成）に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

申請者	(ふりがな)	生年月日
	氏名	年 月 日
	住所 〒 ( )	
	電話番号	
配偶者	(ふりがな)	生年月日
	氏名	年 月 日
	住所 〒 ( ) ※夫婦の住所が異なる場合のみ記入	
	電話番号	
1	医療機関自己負担額 (保険診療分)	円 ※添付書類①②参照
2	医療機関自己負担額 (保険診療以外)	円 ※添付書類①②参照
3	院外処方自己負担額	円 ※添付書類③参照
4	高額医療費等による払戻しや給付額	円 ※添付書類⑥参照
申請金額 (1+2+3-4)		円

\*添付書類

- ①男鹿市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第8号)
- ②医療機関が発行した領収書の写し
- ③院外処方薬に係る薬局が発行した領収書の写し (該当の方のみ)
- ④夫及び妻の健康保険証の写し
- ⑤限度額適用認定証の写し (お持ちの方のみ)
- ⑥高額医療費、付加 (附加) 給付金の決定額が確認できる書類の写し (該当の方のみ)
- ⑦法律上の夫婦であることを証明する戸籍謄本等 (別世帯等で婚姻関係が確認できない場合のみ)
- ⑧夫及び妻それぞれの住所を確認できる住民票等 (夫婦のいずれかが男鹿市外に居住地を置く場合)
- ⑨その他市長が必要と認めるもの